

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2755268020200623145249

Processo 0800542-78.2020.8.23.0030 ☆ - (8 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Resizes					
Filtros					
7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7					
				500 por pág.	1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	7	23/06/2020 14:52:49	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2729344CONTESTACAO01.pdf	Público	
	7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2729344CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	
	7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público	
<input type="checkbox"/>	6	15/06/2020 15:05:07	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	EVALDO JORGE LEITE Magistrado	
	5	15/06/2020 12:10:47	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
	4	15/06/2020 12:10:46	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
	3	15/06/2020 12:10:46	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
	2	15/06/2020 12:10:46	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Mucajaí	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/>	1	15/06/2020 12:10:46	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR

PROCESSO: 08005427820208230030

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **07/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/01/2020**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125905      Cidade: Boa Vista      Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA      Data do acidente: 07/12/2019      Seguradora: MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2/15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos  
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **07/12/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

ITAÚ - UNIBANCO

#### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/04/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027442-1

---

Autenticação:

2D0BEB52F705C9E3FFB0B321C3C62CEF250849120A6D6A84D60851B832BFBB93

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

---

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

## DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

## CONCLUSÃO

---

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup>art. 1º. (...)

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MUCAJAI, 18 de junho de 2020.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

**TABELA DE GRADAÇÃO**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MUCAJAI**, nos autos do Processo nº 08005427820208230030.

Rio de Janeiro, 18 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819





---

**Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200125905**

**Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

**Data do Acidente: 07/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200125905                      Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027442-1

---

Autenticação:

2D0BEB52F705C9E3FFB0B321C3C62CEF250849120A6D6A84D60851B832BFBB93

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099484/20

**Vítima:** WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

**CPF:** 690.392.752-20

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

**Data do acidente:** 07/12/2019

**Titular do CPF:** WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**WYLLAMKERMES COSTA SOUSA : 690.392.752-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020  
Nome: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA  
CPF: 690.392.752-20

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: **WILLIAN KERMES COSTA SOUZA** Data Nascimento: **05/04/1982** Sexo: **M** Estado Civil: **C** Raça/Cor: **C** Naturalidade: **Paraná**

Tipo Doc: **Documento** Órgão Emissor: **Data Emissão:** **Sexo:** **Estado Civil:** **Raça/Cor:** **Naturalidade:**

Mãe: **Marikene Costa Souza** Pai: **Contatos:**

Endereço: **RUA SULO N: 91 SILVIO BOTELHO**

Class. de Risco: **Plano Convênio** N° da Carteira: **Validade:** **Autorização:** **Sis Prenatal:**

Motivo do Atendimento: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência:** **Tempo:** **Peso:** **Pressão:**

Setor: **Tipo de Chegada:** **Procedimento Sol.** **Registrado por:**

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **GSC** **TOTAL**

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

**Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente automobilístico com lesões múltiplas, sem perda de consciência, com dor em ombro (D) e (M) e**

Exame Físico: **em bom estado geral, apresentando lesões múltiplas de pele de dor em ombro (D) e (M) e**

Hipótese Diagnóstica: **trauma** **lesões múltiplas de pele** **lesões múltiplas de pele**

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>1) Dor no abd. (D)</b>		
<b>2) Trauma 4cm (D)</b>		
<b>3) SG 5x5cm (D)</b>		

Dr. Paulo Viegas  
Cirurgião Geral  
CRM-RR 1795

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta à Revella ☐ Internação

☐ Transferência para: **Intubação** Data e Hora da Saída/Alta: **/ /**

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **/ /**

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Carimbo e Assinatura do Médico**



07/12/19

Ortopedia

Paciente vítima de acidente de trânsito, com trauma contuso em Joelho (E)

Rx: sem Fx / Lx

for evidenciada imagem de fratura irregular na sola da TC.

TC: Imagem sugestiva de calcificação de LCM.

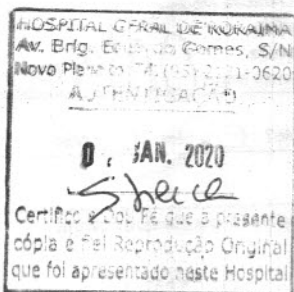
cdi

Imobilizar

Analgesia

retorno Ambulatório

Dr. Pedro de S. Augusto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028





**Not intended for official interpretation.**

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA  
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operator NX/RAIO/Usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%

M  
JOELHO  
12/7/2019  
9:00 PM



SD mm

L 128  
W 256

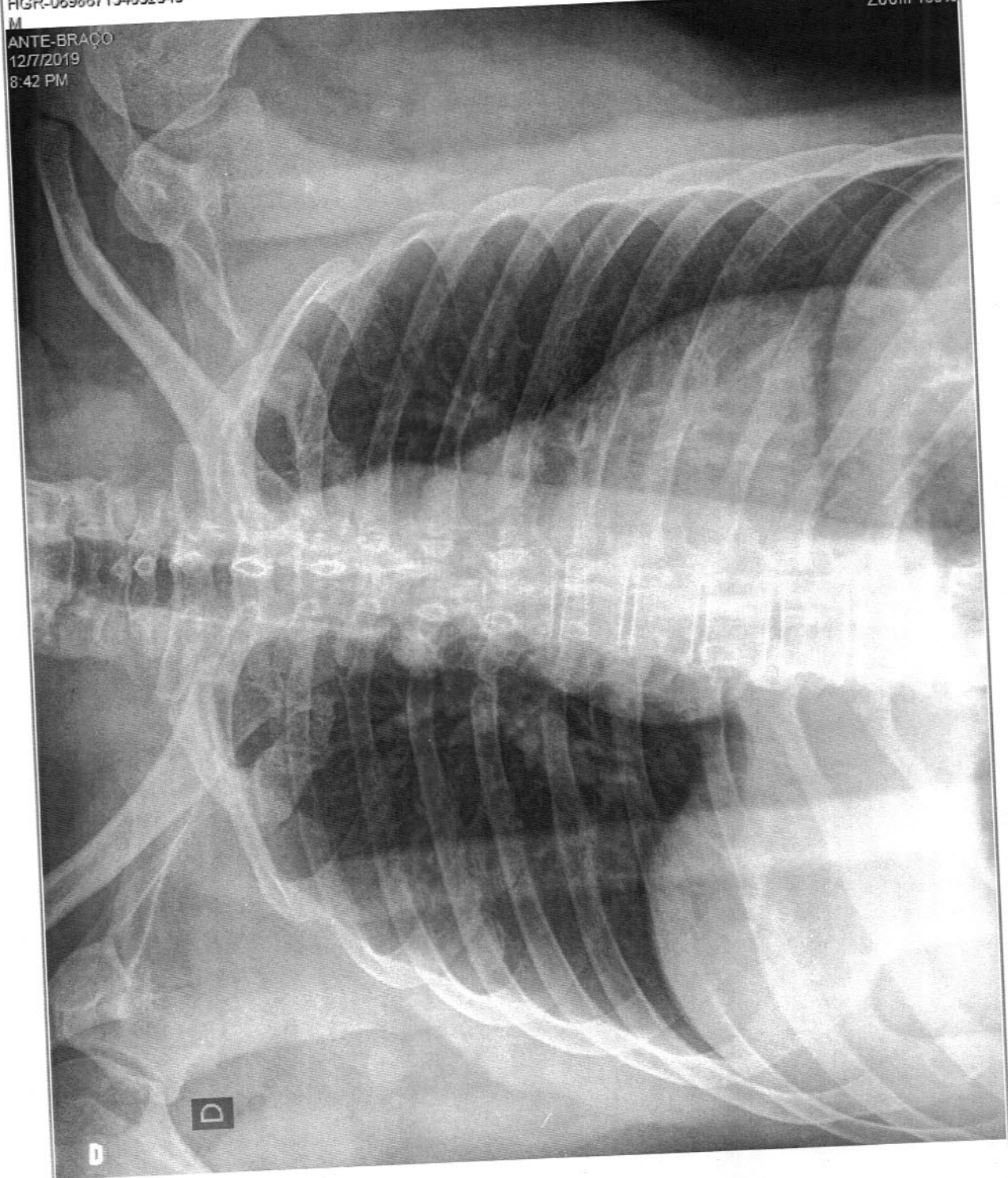


**Not intended for official interpretation.**

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA  
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operator NXRAIOX/usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%

M  
ANTE-BRACO  
12/7/2019  
8:42 PM



SID mm

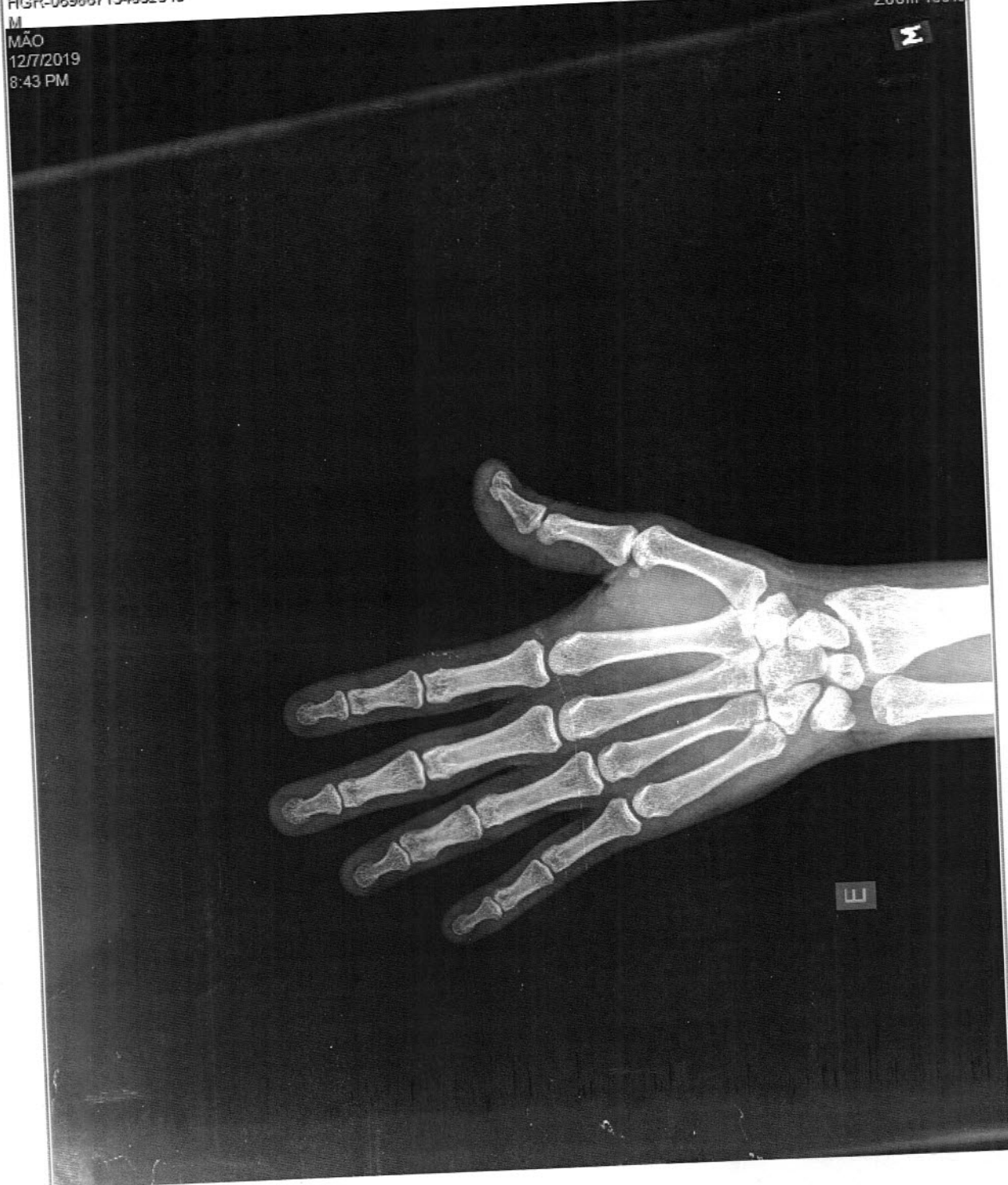
L 128  
W 256

**Not intended for official interpretation.**

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA  
HGR-069867134032343

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operator NXRAIOX/usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%

M  
MÃO  
12/7/2019  
8:43 PM



SD 0 mm

L 128  
W 256

**Not intended for official interpretation.**

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA

HGR-069867134032343

M

AP

12/7/2019

8:42 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operator NXRAIOX/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SD mm

L 128

W 256

**Not intended for official interpretation.**

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA  
HGR-069867134032343

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operator NXRAIOX/usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%

M  
AP  
12/7/2019  
9:05 PM



510 mm

L 128  
W 256



**Not intended for official interpretation.**

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA  
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operator NXPAIOX/usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%

M  
MÃO  
12/7/2019  
8:48 PM

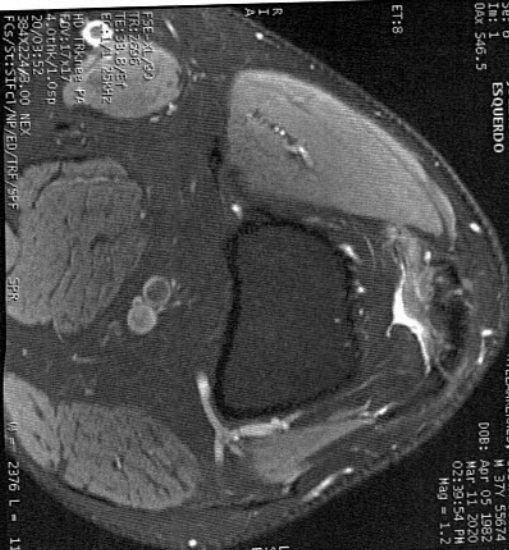


SID mm

L 128  
W 256

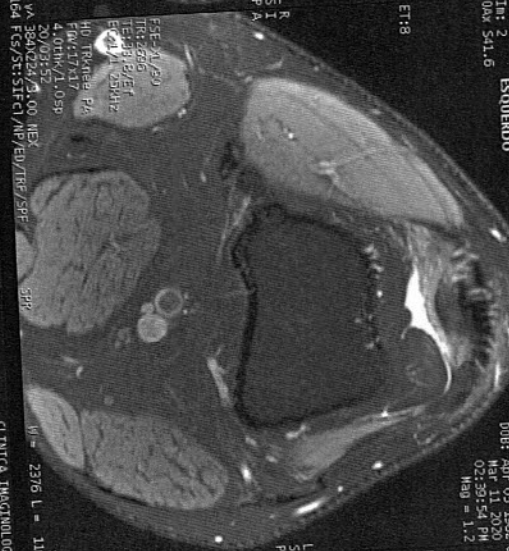
Sigma H0T 1.5T  
Ex: 19125 JOELHO  
S6: 6  
It: 1  
DOX 546.5  
ESQUERDO

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H0T 1.5T  
ACC Num: 99066 Ex: 19125 JOELHO  
WILLAMERES, COSTA SOUSA S6: 6  
DOB: Apr 05 1982 OAX 541.6  
Mar 11 2020  
02:39:54 PM  
Mag = 1.2



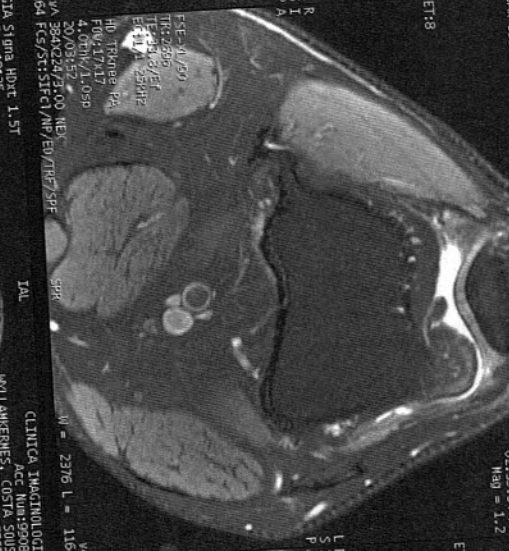
Sigma H0T 1.5T  
Ex: 19125 JOELHO  
S6: 6  
DOX 526.8  
ESQUERDO

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H0T 1.5T  
ACC Num: 99066 Ex: 19125 JOELHO  
WILLAMERES, COSTA SOUSA S6: 6  
DOB: Apr 05 1982 OAX 521.8  
Mar 11 2020  
02:39:54 PM  
Mag = 1.2



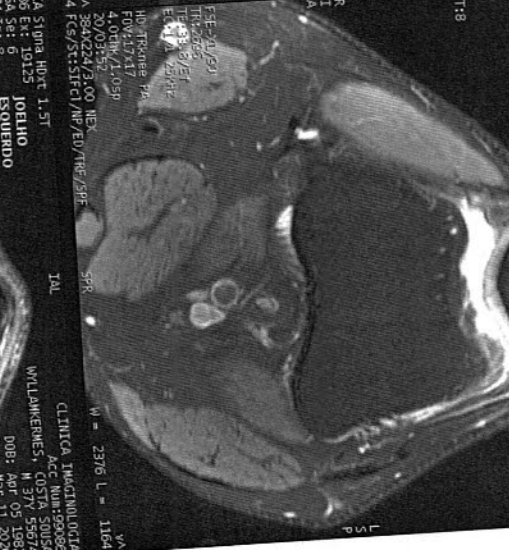
Sigma H0T 1.5T  
Ex: 19125 JOELHO  
S6: 6  
DOX 526.8  
ESQUERDO

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H0T 1.5T  
ACC Num: 99066 Ex: 19125 JOELHO  
WILLAMERES, COSTA SOUSA S6: 6  
DOB: Apr 05 1982 OAX 516.9  
Mar 11 2020  
02:39:54 PM  
Mag = 1.2



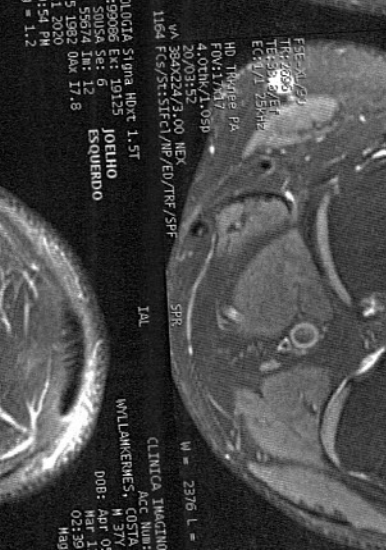
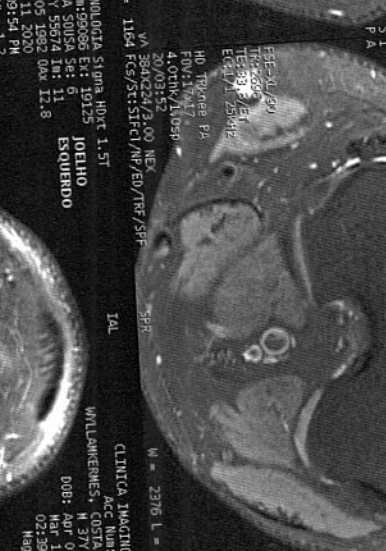
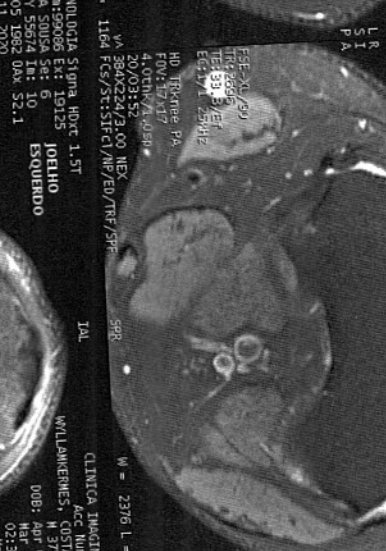
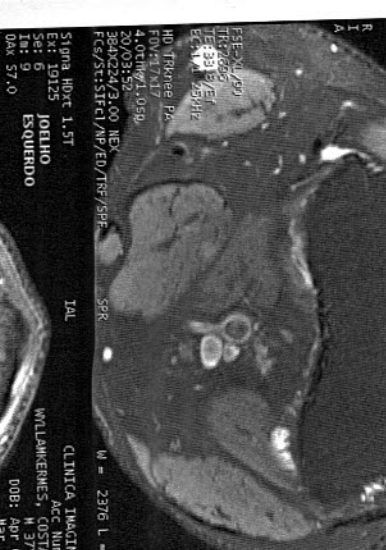
Sigma H0T 1.5T  
Ex: 19125 JOELHO  
S6: 6  
DOX 526.8  
ESQUERDO

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H0T 1.5T  
ACC Num: 99066 Ex: 19125 JOELHO  
WILLAMERES, COSTA SOUSA S6: 6  
DOB: Apr 05 1982 OAX 512.0  
Mar 11 2020  
02:39:54 PM  
Mag = 1.2

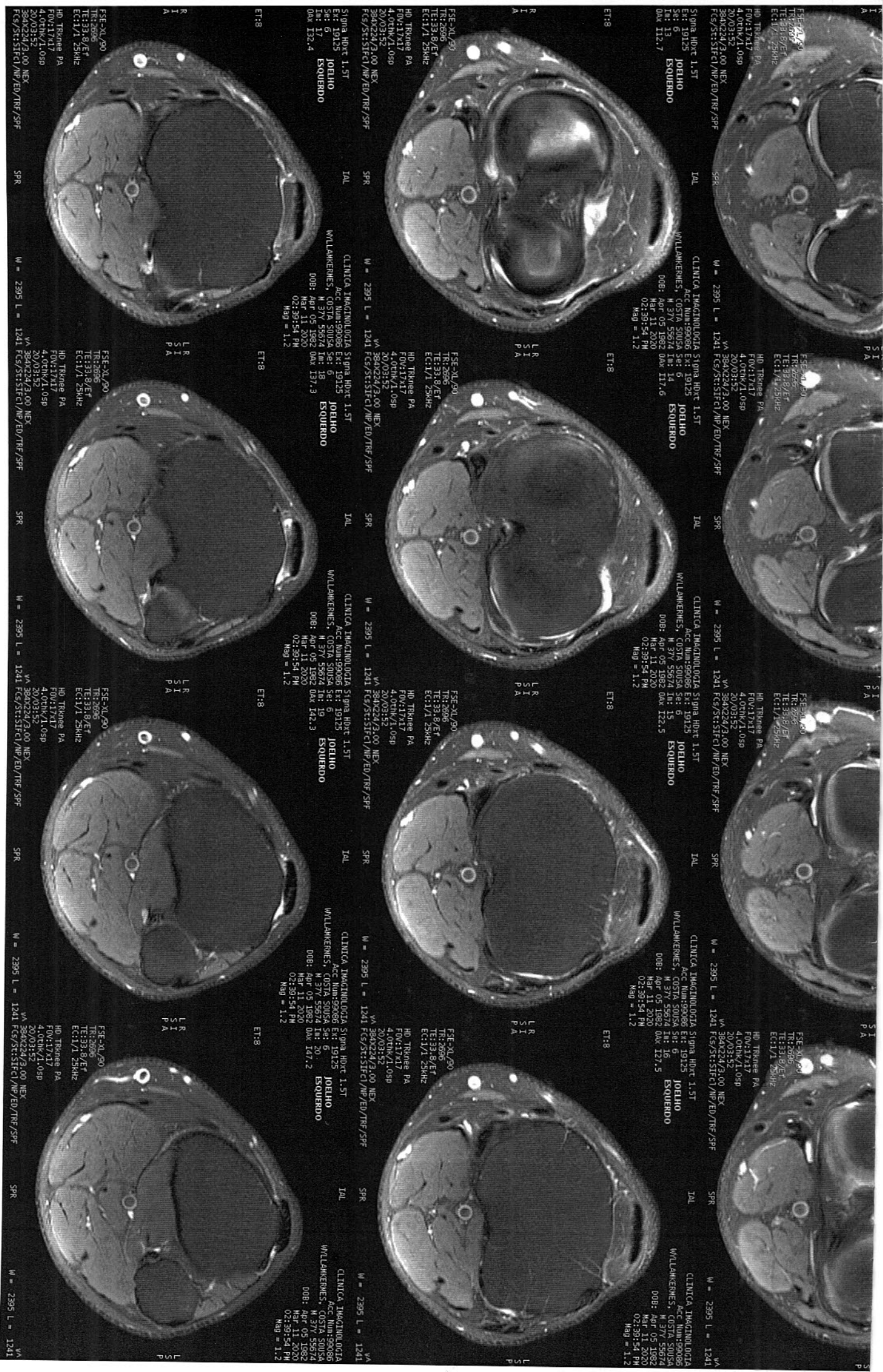


Sigma H0T 1.5T  
Ex: 19125 JOELHO  
S6: 6  
DOX 526.8  
ESQUERDO

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H0T 1.5T  
ACC Num: 99066 Ex: 19125 JOELHO  
WILLAMERES, COSTA SOUSA S6: 6  
DOB: Apr 05 1982 OAX 17.8  
Mar 11 2020  
02:39:54 PM  
Mag = 1.2

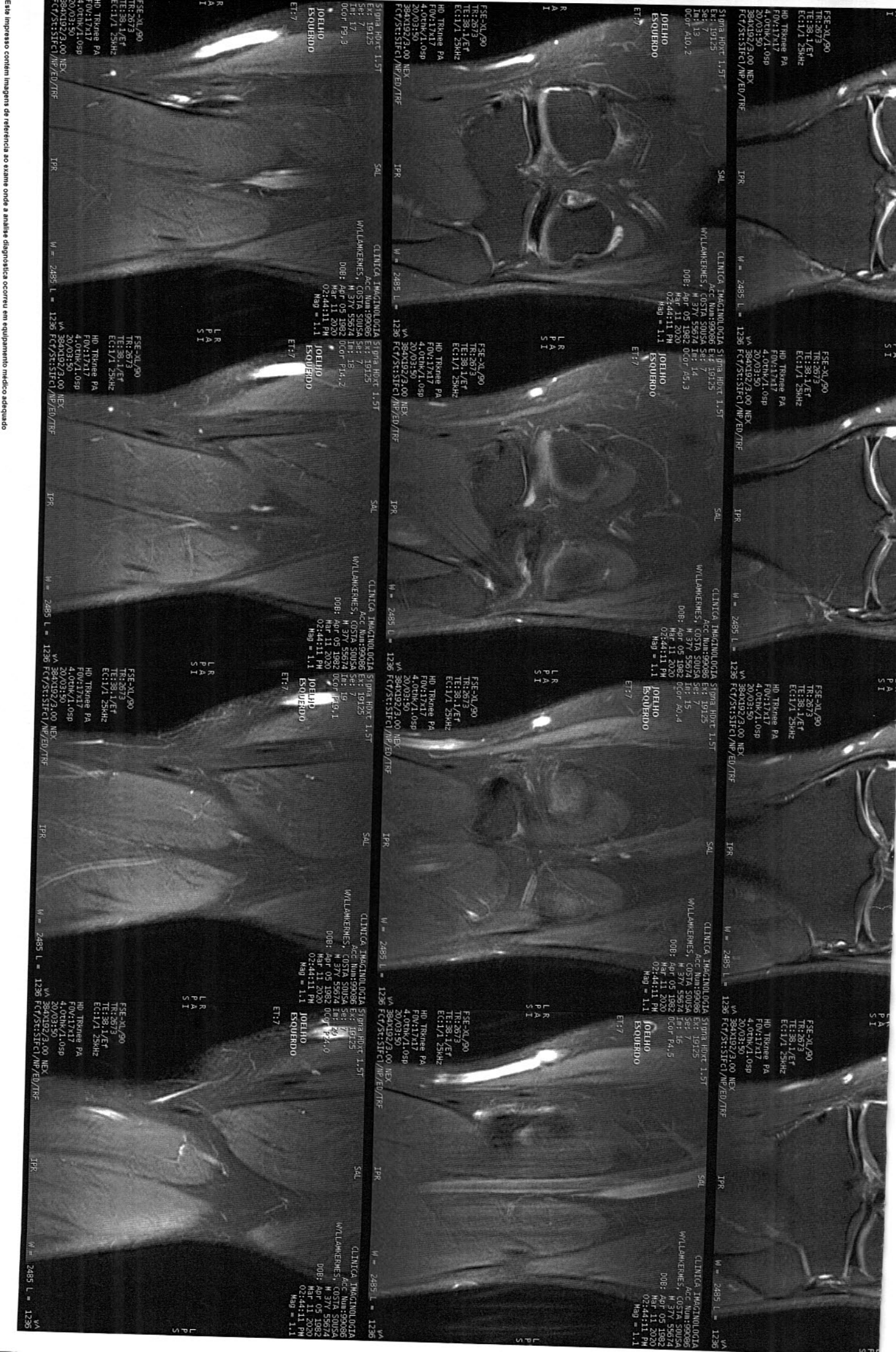






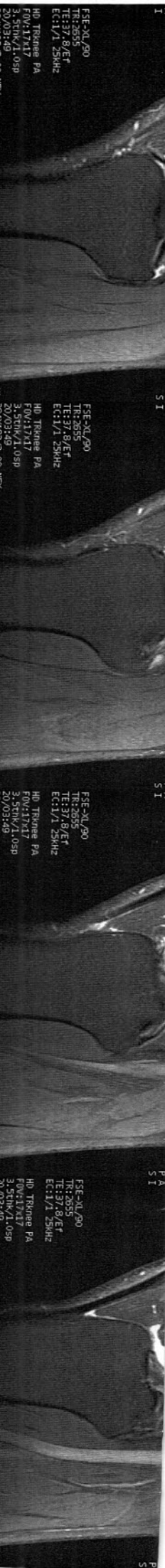












Nome: **WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

Data: 11/03/2020 Idade: 37A Procedência: **ELETIVO**

Cód. Pac.: 55674

Médico Solicitante: **JONATHAS C. LOPES**

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO**

### **Protocolo:**

*Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.*

### **Indicação clínica:**

- *Lesão ligamentar.*

### **Relatório:**

- Artropatia degenerativa leve femorotibial medial, caracterizada por reação osteofitária marginal, alteração de sinal heterogênea difusa condral, associada a irregularidade no contorno (superfície de carga).
- Tênu e alteração de sinal na cartilagem de revestimento patelar, com fissuras superficiais na faceta medial, sem extensão profunda ou mesmo envolvimento ósseo.
- Fissuras na faceta medial condral da tróclea, atingindo a camada profunda.
- Fissura radial no corpo do menisco lateral, atingindo a margem livre.
- Alteração de sinal intrassubstancial no corno posterior do menisco medial, de aspecto degenerativo.
- Indefinição do ligamento cruzado posterior, sugestivo de rotura. Associa-se espessamento de forma compensatório do ligamento meniscofemoral adjacente.
- Ligamento cruzado anterior com orientação, intensidade de sinal e inserção preservada.
- Alteração de sinal e espessamento proximal do ligamento colateral lateral, de aspecto fibrocitrícial.
- Alteração de sinal e desinserção proximal do ligamento colateral medial, podendo estar relacionado a uma lesão parcial extensa. Não há evidências de retração ou mesmo redundância do ligamento correspondente.
- Pequeno derrame articular.
- Discreta entesopatia e tendinopatia insercional quadricipital.
- Alteração de sinal intrassubstancial na porção proximal e interno do tendão do tendão patelar, relacionado a tendinopatia.
- Restante dos tendões com espessura e intensidade de sinal preservados.
- Cisto poplíteo laminar.
- Estruturas musculares íntegras.

Dr. Daniel Lopes Azevedo, RQE 566  
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi  
Médico  
CRM/RR 1232  
Dr. Leomar Hitotuzi  
Membro titular do CBR

/ CRM:1232 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200125905 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WYLLAMKERMES COSTA SOUSA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2/15

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099484/20

**Vítima:** WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

**CPF:** 690.392.752-20

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

**Data do acidente:** 07/12/2019

**Titular do CPF:** WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**WYLLAMKERMES COSTA SOUSA : 690.392.752-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020  
Nome: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA  
CPF: 690.392.752-20

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099484/20

**Número do Sinistro:** 3200125905

**Vítima:** WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

**CPF:** 690.392.752-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/12/2019

**Titular do CPF:** WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**WYLLAMKERMES COSTA SOUSA : 690.392.752-20**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/03/2020  
Nome: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA  
CPF: 690.392.752-20

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1647634396

Nome: **WILLAMKERES COSTA SOUSA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA: **162724 SSP RR**

CPE: **690.392.752-20** DATA NASCIMENTO: **05/04/1982**

FILIAÇÃO:  
**ANTONIO SOARES DE SOUSA**  
**MARILENE COSTA SOUSA**

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **01514307624** VALIDADE: **11/11/2020** HABILITAÇÃO: **18/10/2000**

OBSERVAÇÕES

*Willamkeres Costa Sousa*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **BOA VISTA, RR** DATA DE EMISSÃO: **03/04/2018**

ANTONIO FRANCISCO BEBERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO  
DETRAN-RR  
ASSINATURA DO EMISSOR

30262176545  
RR209612584

**RORAIMA**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1647634396





Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0121008-4

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imposto Autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº de Nota Fiscal 4200069

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCAM\*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	01/01/2020	150	175,89

WELLEY HERMESON COSTA SOUZA  
R. UNIVERSIDADE EST DE RORAIMA 1258 - Q 160 LT 152  
CEP: 69.317-805 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 25592	Atual: 11/12/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 25442	Anterior: 11/11/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 01/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 10/12/2019	Número Medidor: E2608418
Consumo medido: 150	Apresentação: 11/12/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 150		Modalidade: 0 1420173

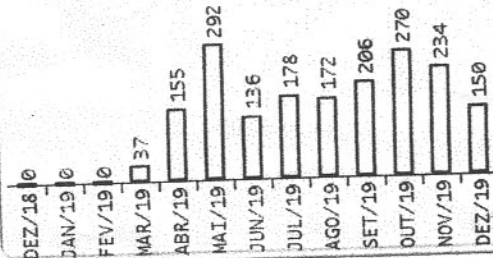
DESCRIÇÃO DA CORTA	
CONSUMO	150 A R\$ 0,760131 = 114,01
RELIÇÃO	11,11
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X)	0,09
CORREÇÃO MONETARIA IG 08/19-00	0,48
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)	4,55
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)	1,48
MULTA POR ATRASO (3X)	9,96
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)	8,98
ILUMINACAO PUBLICA	25,23

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 150 - 0,617770

Média 12 meses: 185

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



#### MENSAGENS IMPORTANTES

#### REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
Mes/Ano Valor R\$  
11/2019 207,07

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

#### RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 62,00	Tributos: 3,51	ICMS: 17,00%	19,38
Transmissão: 27,16		PIS: 0,30%	0,34
		COFINS: 1,42%	1,62

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIO			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto DISTRITO								EUSD: 88,58

ROT: 32.001.24.19.164600



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0121008-4

TOTAL A PAGAR - R\$

175,89

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

01/01/2020

Nº de Nota Fiscal: 4200069

FCAM\*

83610000001 4 75890075000 4 00000000121 4 00841219008 7



SEQ.: 0174 UC: 0121008-4 DT.LEIT.: 11/12/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 25592 NORMAL TOTAL: 175,89 CARGA: I01  
DT.VENC.: 01/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4022

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 22703 0 AGÊNCIA: 00000000 CONTA: 00000000 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 23/04/2020

\* William Kermes Costa Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Tec. Douglas + Cond. Jadirson

Paciente: William Quermeson Costa Idade: 37 Sexo: ☒ M ☐ F  
Nacionalidade: Brasil Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia  
Endereço: Av. Padre Archinto Prax. Mangueira  
Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: 21232 DATA 07/12/19 ACIONAMENTO: 19:23  
Médico (a) Regulador (a): Dr. Erico HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10): 19:40  
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Altopelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Molarista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>bike</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocaria <input type="checkbox"/> Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	Temp.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início <u>19:45</u>	<u>110/70</u>		<u>82</u>	<u>98%</u>	<u>°C</u>			
Fim					<u>°C</u>			

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações
<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<b>Membros</b> <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <u>M5D</u> <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <u>M3D Enq</u> <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <u>M1D</u> <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão			

AValiação CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA-PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filler	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC
---	--	--	--	--

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

☐ Cancelamento  
☐ Não se encontrava no local  
☐ Trote

☐ Recusa de Atendimento  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Bombeiro no local

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar  
☐ SMTRAN  
☐ PRF

☐ Guarda Municipal  
☐ Bombeiro  
☐ DETRAN

☐ Iniciada as: : ☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado  
☐ Término as: : ☐ RCP sem sucesso OBS:

☐ Atendido no local ☒ Grande Trauma - GT ☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR  
☐ Pronto Atendimento - PAAR ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI  
☐ HMINSN ☐ Outros

Márcia Veras Lopes  
COORDENADORA GERAL  
Central de Regulação de Urgências -  
SAMU 192

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro  
(Unidade de Destino)

Dr. Paulo Viegas  
Cirurgião Geral  
CRM-RR 1795

CONFERE COM O ORIGINAL

CIENPAENRTE  
CE  
DO  
NT  
E

TERMO DE RECUSA

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

GESTANTE

p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_

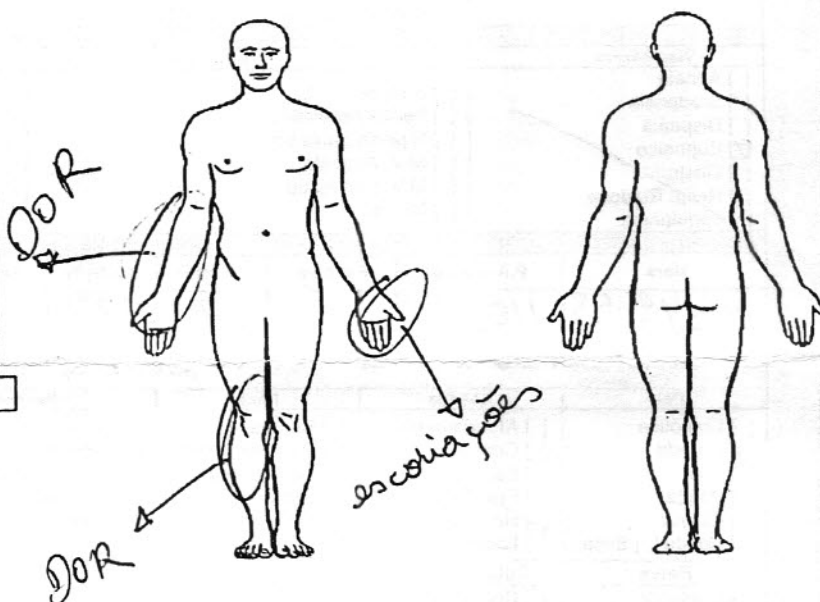
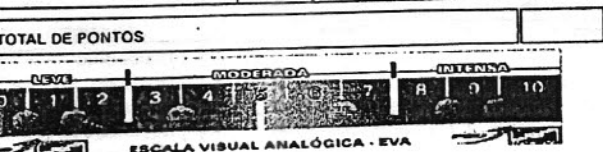
da de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_

Com cartão [ ] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

Pares de luvas — 04

Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incomprensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pac. acordado, consciente e orientado, refere dor em MMIF e MMS. Já encontrado fora do local do acidente e sentado em uma cadeira. Transportado ao GT.

Márcia Veras Lopes  
COORDENADORA GERAL  
Central de Regulação de Urgências  
SAMU 192

CONFERE COM O ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002195/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2020 11:56

Data/Hora Fim: 15/01/2020 12:13

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/12/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Primavera

Logradouro: AV. PADRE ANCHIETA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 05/04/1982

Idade: 37 anos

Naturalidade: MA - São Domingos

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARILENE COSTA SOUSA

Nome do Pai: ANTONIO SOARES DE SOUSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 690.392.752-20

RG - Carteira de Identidade: 162724

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA

Nº: 1258

Complemento: CASA

Bairro: UNIVERSITÁRIO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 870.375.562-20

Placa NAO4007

Renavam 00337941297

Número do Motor KC16E8B521844

Número do Chassi 9C2KC1680BR521844

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 28/07/2011

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 15/01/2020 12:13  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002195/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
WYLLAMKERMES COSTA SOUSA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DECRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA AV. PADRE ANCHIETA SENTIDO AVENIDA ATEIDE TEIVE > CIDADE SATÉLITE, QUANDO NO DECURSO DO TRAJETO UM CICLISTA DE NACIONALIDADE VENEZUELANA CRUZOU A SUA FRENTE, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR NO MESMO. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O DEDO POLEGAR DA MÃO ESQUERDA E ROMPIMENTO DO LIGAMENTO DO JOELHO ESQUERDO. QUE NÃO SABE INFORMAR O NOME DO CICLISTA E TÃO POUCO O PARADEIRO DO MESMO. QUE NÃO DESEJA FAZER QUALQUER TIPO DE REPRESENTAÇÃO. QUE O REGISTRO É TÃO SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042900169

Responsável pelo Atendimento

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 690.392.752-20 4 - Nome completo da vítima: William Kermes Costa Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: William Kermes Costa Souza 6 - CPF: 690.392.752-20  
7 - Profissão: repórter 8 - Endereço: Rua Universidade Estadual 1258  
9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: loteamento uniteral Boa Vista 12 - Cidade: RR 13 - Estado: 14 - CEP: 69.317-805  
15 - E-mail: (95) 99134-2155 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27442-1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 31 de Março 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 690.392.752-20 4 - Nome completo da vítima: William Kermes Costa Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: William Kermes Costa Sousa 6 - CPF: 690.392.752-20  
7 - Profissão: repórter 8 - Endereço: Rua Universidade Estadual 1258 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Loteamento universitário 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317.805  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9599134 - 2155

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 22703 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 23/01/2020

\* William Kermes Costa Sousa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125905

Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000008526**

Conta: **0000027442-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

